

ANNEXE 2

Demande de retrait de candidature



الى السيد
رئيس اللجنة الخاصة المؤقتة

عنوان الإرسال: رقم 6 دار الصيدلي سكتور 10 حي الرياض الرباط 10100

الموضوع: طلب سحب الترشيح من انتخابات المجلس الجهوي لصيادلة الشمال الجنوب *
(* ضع علامة X في الخانة المناسبة)

المرشح(ة)

أنا الموقع(ة) اسفله السيد(ة)

Nom الاسم العائلي *

Prénom الاسم الشخصي *

Numéro de la carte d'identité nationale رقم بطاقة التعريف الوطنية *

اطلب سحب ترشيحي من انتخابات 31 غشت 2015.

_____ / _____ / _____ التاريخ *

الإمضاء *

هام:

يجب ملئ المعلومات التي توجد علامة (*) أمامها وتصحيح الإمضاء من طرف السلطات المختصة؛